

## Hipertensão em mulheres presas no Brasil: muito além do biológico

Hypertension in female prisoners in Brazil: far beyond the biological aspects

Paula Negrão da Silva (<https://orcid.org/0000-0003-1789-6440>)<sup>1</sup>  
 Carl Kendall (<https://orcid.org/0000-0002-0794-4333>)<sup>2</sup>  
 Ana Zaira da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-7016-9894>)<sup>2</sup>  
 Rosa Maria Salani Mota (<https://orcid.org/0000-0002-3347-8372>)<sup>2</sup>  
 Larissa Fortunato Araújo (<https://orcid.org/0000-0001-6695-0365>)<sup>2</sup>  
 Roberto da Justa Pires Neto (<https://orcid.org/0000-0003-0291-9523>)<sup>2</sup>  
 Francisco Marto Pinheiro Leal Júnior (<https://orcid.org/0000-0003-4318-552X>)<sup>2</sup>  
 Raimunda Hermelinda Maia Macena (<https://orcid.org/0000-0002-3320-8380>)<sup>2</sup>  
 Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (<https://orcid.org/0000-0003-4941-408X>)<sup>2</sup>

**Abstract** *The scope was to estimate the prevalence of arterial hypertension (AHT) and associated risk factors among female prisoners. Data from the National Health Survey of the Female Prison Population and Prison Guards were used, investigating sociodemographic variables, prison characteristics, health behaviors and conditions. Information was collected through a self-administered questionnaire, and the magnitude of the association was estimated by the odds ratio and 95% confidence interval. Of the 1,327 prisoner participants, 24.4% were hypertensive, the majority were 31 years of age or older (54.6%), and 51.5% self-reported mixed race. After adjustment for associated risk factors in the bivariate analysis, a direct relationship between age and AHT was observed, in which age equal to/over 41 years was independently associated with a 7-fold greater chance of having AHT, compared to those under 25 years of age. Those who self-reported mixed race, had high cholesterol, were obese and were also independently associated with a higher prevalence of AHT. The greater the number of people with whom the inmate shares a cell was associated with a higher prevalence of AHT, but without a dose-response relationship. The conclusion drawn is that age, race, obesity, physical inactivity and stress are risk factors for AHT in female prisoners.*

**Key words** Prisons, Hypertension, Women's health

**Resumo** *Objetivou-se estimar a prevalência de hipertensão arterial (HA) e os fatores de risco associados em mulheres presas. Utilizou-se dados do Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e em Servidoras Prisionais, investigando-se características sociodemográficas, fatores das prisões, comportamentos e condições de saúde. As informações foram coletadas por meio de questionário autoaplicado, sendo a magnitude da associação estimada por odds ratio e intervalo de confiança de 95%. Das 1.327 participantes, 24,4% eram hipertensas, a maioria tinha 31 anos ou mais (54,6%), 51,5% autorreferiram etnia/cor parda. Após mutual ajustamento pelos fatores de risco associados na análise bivariada, observou-se relação direta e com gradiente entre idade e HA, em que idade igual/maior a 41 anos foi associada independentemente com uma chance sete vezes maior de ter HA, se comparado a quem tem menos de 25 anos. Aquelas que autorreferiram etnia/cor negra apresentaram colesterol alto e estavam obesas, também foram associadas de forma independente com maior prevalência de HA. O maior número de pessoas com que a presa divide cela esteve associado à maior prevalência de há, sem uma relação dose-resposta. Conclui-se que idade, etnia/cor, obesidade, inatividade física e estresse são fatores de risco para HA em mulheres presas.*

**Palavras-chave** Prisões, Hipertensão arterial, Saúde da mulher

<sup>1</sup> Escola de Aprendizizes Marinheiros de Santa Catarina. Av. Marinheiro Max Schramm 3028, - Jardim Atlântico. 88095-900 Florianópolis SC Brasil. paulinhanegrao@hotmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

## Introdução

O número de pessoas em cárcere tem aumentado ao longo dos anos. Hoje existem cerca de 11 milhões de prisioneiros em regime fechado em todo o mundo e estima-se que 30 milhões de pessoas passem pelas prisões anualmente<sup>1</sup>. O Brasil apresenta a terceira maior população carcerária do mundo, considerando-se o número absoluto, com cerca de 758.676 prisioneiros, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da China<sup>2</sup>. Em 2019, a taxa de ocupação dos presídios brasileiros correspondia a 367,91%, revelando as condições inadequadas e insalubres das prisões<sup>2</sup>. Neste cenário, destaca-se a população feminina, que sente os impactos do cárcere refletidos na própria saúde<sup>3</sup>.

Aproximadamente 715 mil mulheres vivem em cárcere no mundo, o que representa cerca de 7% do total de prisioneiros<sup>4</sup>. Dados do Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário (Infopen) apontam que, em 2016, o Brasil apresentava uma população feminina privada de liberdade superior a 42 mil, com uma taxa de ocupação de 156,7% e um déficit global de 15.326 vagas apenas entre mulheres<sup>5</sup>. Com esses dados, o Brasil ocupa o quarto lugar no *ranking* dos países com maior número de mulheres vivendo em cárcere, atrás dos Estados Unidos (211.87), da China (107.131) e da Rússia (48.478)<sup>4</sup>.

O crescente número de mulheres que adentram o cárcere se apresenta, em sua maioria, em situação prévia de vulnerabilidade, caracterizando-se como jovens, solteiras, com filhos, baixo nível de escolaridade e renda familiar precária. Além disso, estudos evidenciam que a prevalência de doenças na população carcerária é maior do que na população em geral<sup>6</sup>, especialmente entre as mulheres<sup>7</sup>. Nos EUA, estima-se que 30,2% da população carcerária possui hipertensão arterial (HA)<sup>8</sup>; no Brasil, a população em cárcere apresenta prevalência de HA ainda desconhecida. Em nível internacional, estudo mostrou aumento superior a 4% nas pressões arteriais diastólica e sistólica de indivíduos expostos a um período prolongado na prisão, sendo a reincidência um problema adicional enfrentado pela população carcerária<sup>9</sup>.

A presença de fatores de risco modificáveis no mecanismo causal das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população em cárcere já foi documentada<sup>10</sup>, uma vez que muitos deles são mais prevalentes nessa população, destacando-se o hábito de fumar e o abuso ou dependência de álcool<sup>11</sup>. Pesquisa realizada nas prisões do México entre 2010-2011 observou uma prevalên-

cia de tabagismo de 53,8% entre prisioneiras<sup>12</sup>. Apesar de o alcoolismo ser maior na população carcerária, quando comparada com a população geral, no Brasil é um problema subnotificado, e por sua vez o tratamento é negligenciado nas prisões<sup>13</sup>. Além disso, evidências sugerem que mulheres encarceradas por longos períodos apresentam maiores chances de obesidade, sendo este um dos principais fatores de risco para a HA<sup>14</sup>. Estudo espanhol sobre a prevalência de DCNT e fatores de risco nas prisões identificou que baixos níveis de atividade física são importantes determinantes para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade<sup>15</sup>.

Os estudos sobre a saúde da população em cárcere no Brasil, além de escassos, tendem a focar em estimativas das prevalências e dos fatores de risco para doenças infectocontagiosas, especialmente entre os homens<sup>16</sup>. Os estudos internacionais sobre as DCNT são, em maioria, realizados em populações de alta renda<sup>8,10</sup>, o que torna incomparável com países em desenvolvimento. No atual contexto brasileiro, em que a população prisional continua crescendo e envelhecendo, as estimativas de prevalência e fatores de risco associados à HA são importantes para quantificar a carga dessa doença no sistema prisional e propor ações de intervenção. Além disso, podem antecipar o impacto gerado na comunidade quando essas mulheres forem libertas, tendo em vista que as consequências das DCNT, como hospitalização e mortalidade, ocorrem após estarem fora do ambiente prisional<sup>17</sup>. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência de HA e sua associação com o perfil sociodemográfico, fatores do sistema prisional, comportamentos e condições de saúde nas mulheres em cárcere no Brasil.

## Métodos

Estudo seccional, analítico, de abrangência nacional, parte do projeto intitulado Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e de Servidoras Prisionais. A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 em 15 unidades prisionais femininas nos estados do Pará e Rondônia (região Norte), Ceará (região Nordeste), Distrito Federal e Mato Grosso (região Centro-Oeste), São Paulo e Minas Gerais (região Sudeste), Paraná e Rio Grande do Sul (região Sul).

A amostra foi composta por mulheres do sistema prisional brasileiro que estiveram em regi-

me prisional fechado ou semiaberto. Os critérios de exclusão incluíram: mulheres que não falavam português, que não se comunicavam por problemas de saúde mental ou que estavam ausentes da prisão ou bloco de celas no dia da entrevista. A seleção dos estados por região foi intencional, sendo escolhidos os estados com as maiores populações carcerárias femininas. As prisões foram estratificadas de acordo com o tamanho da população (75 a 150, 151 a 500 e mais de 500) e por localização (zona metropolitana vs. zona rural). Setenta e cinco residentes eram nosso mínimo porque prisões desse tamanho são obrigadas a ter postos de saúde. Essas prisões constituem 80% do total de presídios femininos no Brasil. A classificação resultante gerou 24 estratos, contemplando no total 10.668 mulheres presas. Selecionamos aleatoriamente uma prisão para cada estrato. Para calcular o tamanho da amostra, usamos uma prevalência estimada para infecção sexualmente transmissível (IST) de 30%. Usamos as ISTs como um indicador para permitir explorar uma ampla gama de morbidades incluídas no projeto guarda-chuva do qual este artigo foi extraído. Selecionando um nível de significância de 95% e poder de 80%, calculamos um tamanho de amostra inicial de 1.861 prisioneiras. A seleção final da amostra ocorreu nas prisões, selecionando sistematicamente mulheres de uma lista diária de presos fornecida pelas autoridades prisionais em cada local. Descobrimos uma diferença entre a contagem do Ministério da Justiça Federal das mulheres na prisão e os números reais na prisão. No geral, havia 8,3% (n = 154) menos mulheres do que o relatado no relatório oficial federal. Além disso, 10,5% recusaram ou desistiram (n = 195). Problemas logísticos e no local resultaram em uma redução ainda maior, de 9,9% (n = 185). Assim, nossa amostra final foi composta por 1.327 mulheres.

Após o recrutamento das mulheres, foi solicitado a elas o preenchimento de um questionário composto por 13 estratos, abordando aspectos sociodemográficos, prevalência de condições médicas crônicas não transmissíveis, tratamento recebido dentro das prisões para essas condições e seus fatores de risco. Optou-se pela utilização do *audio computer-assisted self-interview* (ACASI). Nesse método, a participante respondeu o questionário em meio digital e todas as respostas foram automaticamente convertidas em um banco de dados. Por questões estruturais e de segurança, em alguns presídios não foi possível a utilização do ACASI e o preenchimento do questionário foi realizado com o auxílio de um entrevistador treinado.

Os exames laboratoriais e físicos foram feitos por profissionais de saúde treinados e certificados. Todas as medidas antropométricas foram obtidas em um espaço reservado, para preservar a intimidade das participantes.

Foram consideradas hipertensas as presas que autorrelataram HA e/ou apresentaram um dos três critérios: (1) pressão arterial sistólica  $\geq$  140 mmHg; (2) pressão arterial diastólica  $\geq$  90 mmHg, conforme recomendado pelas diretrizes brasileira e europeias de hipertensão<sup>18,19</sup>; e (3) uso de anti-hipertensivos na prisão. Para mensuração da pressão arterial sanguínea, foram efetuadas aferições das pressões arteriais sistólicas e diastólicas com esfigmomanômetro aneróide, utilizando o manguito compatível com o braço de cada pessoa e ao nível do coração.

As variáveis explicativas foram autorreferidas e mensuradas por meio de questionário padronizado, sendo: (1) *idade* categorizada em:  $\leq$  25 anos, 26 a 30 anos, 31 a 40 anos e  $\geq$  41 anos; (2) *etnia/cor autorreferida*: branca, parda e negra; (3) *escolaridade*: ensino médio completo/superior incompleto/completo ( $\geq$  11 anos); ensino fundamental completo/1º ou 2º ano (8 a 10 anos); 4ª a 7ª série do ensino fundamental (5 a 7 anos); analfabeto/1ª a 3ª série do ensino fundamental ( $\leq$  4 anos); (4) *estuda na prisão atual*: sim ou não; (5) *trabalho remunerado na prisão*: sim ou não; (6) *programas de transferência de renda*: sim e não; (7) *número de pessoas com quem divide cela*:  $\leq$  5, 6 a 10, 11 a 19 e  $\geq$  20; (8) *número de vezes que já foi presa*: 1, 2 e  $\geq$  3; (9) *tempo no atual presídio*:  $\leq$  12 meses e  $>$  12 meses; (10) *esteve em cela isolada*: sim ou não; (11) *colega de cela sofreu violência e precisou de atendimento médico*: sim ou não; (12) *colesterol alto*: sim ou não; (13) *sedentarismo*: foram classificadas como sedentárias aquelas mulheres que se enquadravam nos seguintes critérios – prática de atividade física inferior a 150 minutos semanais, de intensidade leve ou moderada, ou inferior a 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa no lazer<sup>20</sup>. As respostas foram agrupadas em não e sim; (14) *hábito alimentar não saudável*: não e sim, sendo o consumo considerado inadequado quando a frequência de frutas, verduras e legumes era inferior a cinco vezes na semana, consumo de refrigerante superior a cinco dias na semana, ter hábito de consumo de carne com gordura aparente, ingestão de leite integral diariamente e consumo regular de doces<sup>20</sup>; (15) *tabagismo*: não, ex-fumante e fumante<sup>20</sup>; (16) *consumo de álcool atualmente*: as perguntas foram baseadas no *alcohol use disorders identification test* (AUDIT)<sup>21</sup>, e as respostas

classificadas em consumo de baixo risco/abstêmios e consumo de risco nocivo/alto risco/provável dependência<sup>21</sup>; (17) *presença de transtornos mentais*: as perguntas foram baseadas no Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)<sup>22</sup>, e as respostas categorizadas em escore  $\geq 7$  para diagnóstico de transtornos mentais e  $< 7$  para o oposto.

Além disso, foi estimado o *índice de massa corporal* (IMC), obtido pela relação do peso/altura<sup>2</sup> e categorizado em: normal/baixo peso ( $< 25\text{Kg/m}^2$ ); sobrepeso ( $\geq 25$  e  $< 30\text{ g/m}^2$ ) e obesidade ( $\geq 30\text{ g/m}^2$ ). O peso corporal foi aferido em uma balança eletrônica portátil (Plenna Lithium digital MEA 08128) com capacidade de 150 Kg e precisão de 0,2 kg. A altura foi medida por meio de fita métrica, inelástica, com intervalos de um milímetro.

As características da população do estudo foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Utilizou-se módulo de delineamento de amostragem complexa, atribuindo-se peso estimado pelo inverso do produto das probabilidades das unidades de amostragem em cada uma das etapas do delineamento da amostra.

As magnitudes das associações de características sociodemográficas, fatores do sistema prisional, comportamento e condições em saúde com a presença de HA foram estimadas por meio de *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, utilizando regressão logística. Foram incluídas no modelo multivariado as variáveis explicativas que permaneceram associadas à HA na análise bivariada com nível de significância menor que 5%. As variáveis explicativas foram inseridas no modelo multivariado utilizando modelagem *forward*, sendo: idade e etnia/cor (modelo 1), número de pessoas com quem divide cela (modelo 2), IMC (modelo 3), colesterol alto (modelo 4). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para os valores de  $p < 0,05$ . As análises foram efetuadas usando o *software* Stata 13.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), mediante protocolo nº 188.211. Por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos, todas as participantes leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>23</sup>.

## Resultados

Do total de 1.327 mulheres participantes deste estudo, 1.295 tinham informação para HA e es-

timou-se uma prevalência de 24,4% (IC95% = 22,9-26,9). A maioria (31,5%) tinha entre 31 e 40 anos, 51,5% autorreferiram etnia/cor parda, 34,7% cursaram da 4ª à 7ª série do ensino fundamental. Somente 28,7% estudavam no ambiente prisional, 41,4% tinham trabalho remunerado na prisão, 40,6% afirmaram receber algum auxílio dos programas de transferência de renda do governo. Quase metade das entrevistadas (49,5%) já esteve presa mais de uma vez, 48,4% estavam em reclusão por tempo superior a 12 meses, 53,9% dividem a cela com mais de 11 mulheres e 35,4% presenciaram uma colega de cela ser violentada e precisar de atendimento médico (Tabela 1).

Quanto às condições e comportamentos em saúde, apenas 6% relataram ter colesterol alto, a maioria (92,2%) referiu ser sedentária e ter hábito alimentar não saudável, 60,8% estavam com sobrepeso ou eram obesas. Mais da metade das presas eram tabagistas (55,8%) e dividiam cela com fumantes (80,5%). O consumo de risco/nocivo/alto risco/provável dependência de álcool foi observado em 37,4% das mulheres, e a presença de transtorno mental prevaleceu em 64,3% delas (Tabela 1).

Na análise bivariada, observa-se que o aumento da idade, ter referido etnia/cor parda ou negra, maior número de pessoas com quem divide cela, estar em cárcere por tempo superior a 12 meses, ter colesterol alto, sobrepeso ou obesidade, ser fumante e ter consumo de álcool de risco/nocivo/alto risco/provável dependência apresentaram maior prevalência de HA (Tabela 2).

No modelo multivariado, as variáveis associadas com a HA foram:  $\geq 41$  anos, negras, dividindo cela com seis a dez pessoas, obesas e com colesterol alto (Tabela 3).

## Discussão

A prevalência de HA de 24,4% estimada para mulheres presas no Brasil nesse estudo é semelhante à das mulheres na população geral (24,2%, IC95% = 23,4-24,9) no país<sup>24</sup>. Entretanto, é preciso destacar que as mulheres presas são mais jovens<sup>25</sup>. Assim, nossos resultados sugerem que a população carcerária feminina, embora mais jovem que a população feminina em geral, apresenta um perfil de adoecimento semelhante ao das mulheres mais velhas da população geral. Este achado está associado ao fato de que mulheres em prisões, em maioria, são de origem pobre, de baixa escolaridade, com acesso limitado a saúde, viciadas em drogas e álcool e vítimas de traumas

**Tabela 1.** Características das mulheres presas em nove estados brasileiros, 2013-2015.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n/N</b>	<b>%</b>
Idade (anos)		
< 25	327/1.327	23,5%
26 a 30	307/1.327	23,8%
31 a 40	412/1.327	31,5%
> 41	281/1.327	21,1%
Etnia/cor		
Branca	383/1.267	32,6%
Parda	685/1.267	51,5%
Negra	199/1.267	15,9%
Escolaridade		
E.M. completo/superior incompleto/completo (> 11 anos)	234/1.324	18,5%
E.F. completo/1º ou 2º ano do E.M. (8 a 10 anos)	430/1.324	33,2%
4ª a 7ª série do ensino fundamental (5 a 7 anos)	471/1.324	34,7%
Analfabeto/1ª a 3ª série do E.F. (< 4 anos)	189/1.324	13,6%
<b>Fatores do sistema prisional</b>	<b>n/N</b>	<b>%</b>
Estuda na prisão		
Sim	408/1.327	28,7%
Não	919/1.327	71,3%
Trabalho remunerado na prisão		
Sim	525/1.326	41,4%
Não	801/1.326	58,6%
Programas de transferência de renda		
Sim	540/1.311	40,6%
Não	771/1.311	59,4%
Número de pessoas com quem divide cela		
< 5	426/1.324	31,9%
6 a 10	208/1.324	14,3%
11 a 19	434/1.324	35,1%
> 20	256/1.324	18,8%
Número de vezes que já foi presa		
1	695/1.325	50,5%
2	328/1.325	25,5%
3 ou mais	302/1.325	24,0%
Tempo no atual presídio (meses)		
< 12	673/1.294	51,6%
> 12	621/1.294	48,4%
Esteve em cela em isolada		
Não	925/1.313	70,7%
Sim	388/1.313	29,3%
Colega de cela foi violentada e precisou de atendimento médico		
Não	831/1.267	64,6%
Sim	436/1.267	35,4%

continua

antes do encarceramento, e entram na prisão com pior saúde física, evidenciando que as iniquidades sociais entre as populações intensificam as múltiplas disparidades em saúde<sup>26</sup>.

Neste estudo, mulheres mais velhas, negras, obesas, dividindo cela com maior número de presas e com diagnóstico de colesterol alto apre-

sentaram maior chance de ter HA entre mulheres presas no Brasil.

A prevalência de HA em mulheres obesas em nosso estudo (44,4%; IC95% = 38,7-50,2) também foi semelhante à das mulheres obesas em liberdade (43,9%, IC95% = 41,8-45,9) do Brasil<sup>27</sup>. O excesso de peso corporal está associado a au-

**Tabela 1.** Características das mulheres presas em nove estados brasileiros, 2013-2015.

Condições e comportamentos em saúde	n/N	%*
Colesterol alto		
Não	1.083/1.152	94,0%
Sim	69/1.152	6,0%
Sedentarismo		
Não	96/1.312	7,8%
Sim	1.216/1.312	92,2%
Hábito alimentar não saudável		
Não	98/1.318	7,8%
Sim	1.220/1.318	92,2%
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )		
Normal/Baixo peso (< 25)	503/1.293	39,2%
Sobrepeso (≥ 25 e < 30,0)	450/1.293	34,5%
Obesa (≥ 30)	340/1.293	26,3%
Tabagismo		
Não	404/1.324	29,1%
Ex-fumante	156/1.324	15,0%
Fumante	764/1.326	55,8%
Outras pessoas fumam dentro da cela		
Não	223/1.267	19,5%
Sim	1.044/1.267	80,5%
Consumo de álcool atualmente		
Consumo de baixo risco ou abstêmios	820/1.262	62,6%
Consumo de risco/nocivo/alto risco/provável dependência	442/1.262	37,4%
Presença de transtornos mentais (escore)		
< 7	476/1.319	35,7%
> 7	843/1.319	64,3%

\* Valores ponderados pelos pesos amostrais; E.F. = ensino fundamental; E.M. = ensino médio; IMC = índice de massa corporal.

Fonte: Autores.

mento do risco cardiovascular e início precoce de doenças cardiovasculares<sup>28</sup>. É bem estabelecido que a obesidade está associada à ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona, contribuindo para o surgimento da HA<sup>29</sup>. Observamos que mulheres obesas apresentaram prevalência sete vezes maior de HA do que as mulheres que estavam com peso adequado. Uma possível explicação para a elevada prevalência de obesidade (26,3%) nas mulheres do nosso estudo, comparadas à população geral de mulheres do Brasil (18,6%), é a inexistência ou inadequação de atividade física<sup>30</sup>. Nas prisões, existe um reduzido espaço físico, as celas majoritariamente estão com excesso de pessoas, além do regime organizacional das unidades prisionais, que forçam as presas a escolherem entre fazer exercícios ou desenvolver algum trabalho<sup>10</sup>.

Outra explicação é o fato de mulheres que consumiam drogas antes do cárcere substituírem

o vício pela ingestão exagerada de alimentos<sup>31</sup>. Neste particular, as mulheres negras são sensivelmente mais vulneráveis a fatores socioambientais que influenciam no ganho de peso<sup>32</sup>. Estudos evidenciam que negros apresentam índice de massa corpórea mais elevada quando comparados a brancos, principalmente entre as mulheres<sup>33</sup>. Da mesma forma, a etnia/cor negra tem apresentado importante relação com HA, sendo um produto das disparidades socioeconômicas mundiais<sup>34</sup>. Nossos resultados também mostraram que a etnia/cor negra foi associada a maior prevalência de HA. Um estudo realizado com brancos não-hispânicos e negros afro-americanos encontrou maior prevalência de hipertensão e níveis mais elevados de IMC nas mulheres negras, quando comparadas a brancas<sup>35</sup>.

Neste estudo, 53,9% das mulheres dividem cela com mais de 11 pessoas. No Brasil, quase 90% da população carcerária está em unidades

**Tabela 2.** Fatores associados a hipertensão arterial entre mulheres presas no Brasil, 2013-2015.

Variáveis	Hipertensão arterial			Valor de p*
	%*	IC95%*		
Idade (anos)				
< 25	10,8%	7,7%	14,9%	0,000
26 a 30	16,8%	12,9%	21,7%	
31 a 40	23,1%	18,9%	27,9%	
> 41	49,7%	43,3%	56,0%	
Etnia/cor				
Branca	19,4%	15,5%	23,9%	0,000
Parda	23,8%	20,6%	27,4%	
Negra	36,8%	29,7%	44,4%	
Escolaridade				
E.M. completo/superior incompleto/completo (> 11 anos)	27,7%	22,0%	34,3%	0,068
E.F. completo/1º ou 2º ano do E.M. (8 a 10 anos)	20,1%	16,3%	24,6%	
4ª a 7ª série do ensino fundamental (5 a 7 anos)	24,8%	20,9%	29,3%	
Analfabeto/1ª a 3ª série do E. F. (< 4 anos)	29,6%	23,0%	37,3%	
Estuda na prisão				
Sim	24,2%	20,2%	28,8%	0,930
Não	24,5%	21,6%	27,6%	
Trabalho remunerado na prisão				
Sim	25,2%	21,4%	29,5%	0,585
Não	23,8%	20,8%	27,1%	
Programas de transferência de renda				
Sim	22,8%	19,2%	26,9%	0,220
Não	26,0%	22,9%	29,5%	
Número de pessoas com quem divide cela				
< 5	18,7%	15,0%	23,2%	0,011
6 a 10	28,0%	21,9%	35,1%	
11 a 19	28,2%	23,9%	32,9%	
> 20	24,2%	19,1%	30,2%	
Número de vezes que já foi presa				
1	22,9%	19,7%	26,3%	0,067
2	29,5%	24,3%	35,2%	
> 3	21,9%	17,3%	27,4%	
Tempo no atual presídio (meses)				
< 12	22,0%	18,9%	25,5%	0,041
> 12	27,3%	23,6%	31,3%	
Esteve em cela em isolada				
Não	25,6%	22,7%	28,8%	0,180
Sim	21,8%	17,7%	26,6%	

continua

prisões com poucas vagas para a grande demanda, praticamente 80% das unidades estão com excesso de pessoas, sendo que apenas 7% são destinadas exclusivamente a mulheres<sup>5</sup>. A superlotação, precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício ao desenvolvimento de estresse e, conseqüentemente, de doenças, o que configura um dos problemas mais graves que afligem o sistema prisional brasilei-

ro<sup>36</sup>. A ansiedade e o estresse desenvolvido no ambiente de superpopulação prisional<sup>37</sup> apresentam-se como importantes fatores de risco para o aumento de prevalência da HA. Entre os produtos do alto contingente de mulheres dividindo a mesma cela estão a impossibilidade de solucionar demandas básicas dentro das prisões, como as relacionadas à saúde e questões jurídicas<sup>38</sup>, e por sua vez o aumento do estresse, da violência

**Tabela 2.** Fatores associados a hipertensão arterial entre mulheres presas no Brasil, 2013-2015.

Variáveis	Hipertensão arterial			Valor de p*
	%*	IC95%*		
Colega de cela foi violentada e precisou de atendimento médico				
Não	25,4%	22,4%	28,7%	0,606
Sim	24,0%	20,0%	28,6%	
Colesterol alto				
Não	21,8%	19,3%	24,6%	0,000
Sim	59,2%	45,7%	71,3%	
Sedentarismo				
Não	22,3%	14,6%	32,6%	0,640
Sim	24,6%	22,2%	27,3%	
Hábito alimentar não saudável				
Não	25,8%	17,8%	35,8%	0,739
Sim	24,2%	21,7%	26,9%	
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )				
Normal/Baixo peso (< 25)	11,6%	8,9%	14,9%	0,000
Sobrepeso (≥ 25 e < 30,0)	23,2%	19,4%	27,5%	
Obesa (≥ 30)	44,4%	38,7%	50,2%	
Tabagismo				
Não	31,4%	26,7%	36,4%	0,002
Ex-fumante	18,6%	13,1%	25,9%	
Fumante	22,4%	19,3%	25,8%	
Outras pessoas fumam dentro da cela				
Não	21,3%	16,2%	27,5%	0,245
Sim	25,2%	22,5%	28,2%	
Consumo de álcool atualmente				
Consumo de baixo risco ou abstinência	27,7%	24,5%	31,2%	0,001
Consumo de risco/nocivo/alto risco/provável dependência	18,8%	15,2%	22,9%	
Presença de transtornos mentais (escore)				
< 7	22,7%	18,8%	27,2%	0,298
>7	25,5%	22,6%	28,8%	

\* Valores ponderados pelos pesos amostrais; E.F. = ensino fundamental; E.M. = ensino médio; IMC = índice de massa corporal.

Fonte: Autores.

e sensação de insegurança<sup>39</sup>. É relatado na literatura que mulheres em cárcere que adentraram com condição sadia dificilmente saem sem serem acometidas por uma doença ou com lesão física e saúde fragilizada<sup>40</sup>. No intuito de minimizar a superlotação nas prisões, em 2017 foi aprovado pelo Senado do Brasil o projeto de lei que modifica a Lei de Execução Penal e altera a capacidade limite para oito pessoas por cela<sup>41</sup>. Previamente, a quantidade de presos por cela era definida de acordo com a estrutura da unidade prisional<sup>42</sup>. Todavia, o limite da capacidade de pessoas por cela muitas vezes não é respeitado, fato constatado neste estudo, em que a maioria das mulheres referiu dividir cela com mais de 11 pessoas.

No Brasil, a prevalência de HA em pessoas com colesterol elevado foi de 46,3% (IC95% = 44,5-48,0)<sup>27</sup>, sendo bastante inferior à prevalência que observamos (59,2%, IC95% = 45,7-71,3) nas mulheres em cárcere. As presas que autorreferiram colesterol alto apresentaram prevalência 2,6 vezes maior de HA do que as que estavam com níveis de colesterol adequado. Sabe-se que mulheres encarceradas têm maior frequência de fatores de risco cardiovascular<sup>8</sup>. No entanto, estudo realizado na Dakota do Sul, nos Estados Unidos, não encontrou diferenças nos níveis das pressões arteriais sistólicas ou diastólicas e no IMC entre mulheres encarceradas ou não. Contudo, observou que aquelas que nunca estiveram

**Tabela 3.** Modelos bruto e ajustado dos fatores associados com a hipertensão arterial entre mulheres presas no Brasil, 2013-2015.

Variáveis	OR*	IC95%*	OR*	IC95%*
<b>Idade (anos)</b>				
< 25	1	-	1	-
26 a 30	1,67	1,02 2,74	2,00	1,13 3,51
31 a 40	2,48	1,57 3,19	1,93	1,12 3,33
> 41	8,18	5,19 12,89	7,04	4,03 12,28
<b>Etnia/cor</b>				
Branca	1	-	1	-
Parda	1,30	0,93 1,81	1,46	0,99 2,88
Negra	2,42	1,59 3,67	3,29	1,99 5,43
<b>Escolaridade</b>				
E.M. completo/superior incompleto/completo (> 11 anos)	1	-		
E.F. completo/1º ou 2º ano do E.M. (8 a 10 anos)	0,65	0,43 0,98		
4ª a 7ª série do ensino fundamental (5 a 7 anos)	0,86	0,58 1,26		
Analfabeto/1ª a 3ª série do E. F. (< 4 anos)	1,09	0,69 1,74		
<b>Número de pessoas com quem divide cela</b>				
< 5	1	-	1	-
6 a 10	1,69	1,11 2,57	1,99	1,18 3,34
11 a 19	1,70	1,20 2,41	1,87	1,21 2,90
> 20	1,38	0,92 2,08	3,29	1,99 5,43
<b>Número de vezes que já foi presa</b>				
1	1	-		
2	1,40	1,00 1,94		
> 3	0,94	0,66 1,35		
<b>Tempo no atual presídio (meses)</b>				
< 12	1	-		
> 12	1,33	1,01 1,75		
<b>Colesterol alto</b>				
Não	1	-	1	-
Sim	5,18	2,95 9,09	2,60	1,37 4,92
<b>Sedentarismo</b>				
Não	1	-		
Sim	1,13	0,66 1,95		
<b>Hábito alimentar não saudável</b>				
Não	1	-		
Sim	0,91	0,55 1,51		
<b>IMC (Kg/m2)</b>				
Normal/Baixo peso (< 25)	1	-	1	-
Sobrepeso (≥ 25 e < 30,0)	2,30	1,58 3,36	1,48	0,95 2,28
Obesa (≥ 30)	6,09	4,18 8,88	3,72	2,37 5,84
<b>Tabagismo</b>				
Não	1	-		
Ex-fumante	0,50	0,31 0,80		
Fumante	0,63	0,47 0,84		
<b>Outras pessoas fumam dentro da cela</b>				
Não	1	-		
Sim	1,24	0,86 1,80		
<b>Consumo de álcool atualmente</b>				
Consumo de baixo risco ou abstêmios	1	-		
Consumo de risco/nocivo/alto risco/provável dependência	0,60	0,44 0,81		

\* Valores ponderados pelos pesos amostrais; E.F. = ensino fundamental; E.M. = ensino médio; IMC = índice de massa corporal; OR = odds ratio; IC = intervalo de confiança.

encarceradas apresentaram menores níveis séricos de colesterol total em comparação com as mulheres que estavam presas<sup>43</sup>.

Os resultados deste estudo pioneiro trazem luz à perspectiva de que o princípio da igualdade vem sendo historicamente subjugado no sistema carcerário. Além disso, refletem a necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das presidiárias e a reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestadas por esta população. Faz-se necessária a aplicação de meios que assegurem o acesso das presas às ações de saúde, educação, profissionalização e trabalho, com o intuito de garantir a maior inclusão dessas mulheres nas ações de promoção e atenção à saúde preconizada pelas políticas públicas brasileiras.

Como possíveis limitações desse estudo, tem-se que, por questão de segurança, era necessária a saída da equipe de pesquisa para revistas nas celas que ocorriam periodicamente, e também se tinha um curto tempo para realização das entrevistas e dos exames. Por isso, não foi possível efetuar três aferições da pressão arterial<sup>18</sup>, sendo feita apenas uma medição. Outra provável limitação do estudo é a influência do viés de memória, comum em estudos transversais, pois as pessoas podem relatar comportamentos diferentes daqueles que praticam veridicamente. Uma grande potencialidade deste estudo é o fato de fazer parte do primeiro inquérito realizado no Brasil, um país de média renda e com grandes iniquidades, que investigou as condições de saúde das mulheres em cárcere. Somos precursores em estimar a prevalência de HA em mulheres presas no país e seus fatores de risco.

### Colaboradores

PN Silva: participou da elaboração do artigo, *design*, interpretação e análise dos resultados. C Kendall: trabalhou na elaboração/concepção do projeto, interpretação e análise dos resultados e tradução do manuscrito. AZ Silva: contribuiu com a redação do artigo, revisão crítica do texto final e atualização das referências. RMS Mota: atuou na estruturação da metodologia, análise e interpretação dos resultados. LF Araújo: contribuiu com a estruturação da metodologia, organização dos resultados e redação do artigo. RJ Pires Neto: participou da elaboração/concepção do projeto, interpretação e análise dos resultados. FMP Leal Júnior: contribuiu na elaboração/concepção do projeto, coleta de dados, interpretação e análise dos resultados. RHM Macena: participou da elaboração/concepção do projeto, interpretação e análise dos resultados. LRFS Kerr: participou da elaboração/concepção do projeto, redação do artigo, *design*, interpretação e análise dos resultados.

### Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Grant/Award Number: 405278/2012-8; CNPq Ciências sem Fronteiras, Grant/Award Number: 2945/2013; Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Grant/Award Number: 01/2013.

## Referências

- Kouyoumdjian FG, Cheng SY, Fung K, Humphreys-Mahaffey S, Orkin AM, Kendall C, Kiefer L, Matheson FI, Green SE, Hwang SW. Primary care utilization in people who experience imprisonment in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1):845.
- Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. 2019. [acessado 2020 set 10]. Disponível em: <https://www.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>
- Goshin LS, Sissoko DRG, Neumann G, Sufrin C, Byrnes L. Perinatal nurses' experiences with and knowledge of the care of incarcerated women during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2019; 48(1):27-36.
- World Prison Brief. Highest to lowest – prison population total. London; 2019. [cited 2020 out 23]. Available from: [https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All)
- Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres. 2017. [acessado 2020 out 18]. Disponível em: <https://www.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>
- World Health Organization (WHO). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2012.
- Pehlivan S, Kublay G. Evaluation of the effect of nursing services provided in a correctional institution on the physical health levels and health behaviors of female inmates. *Int J Sci Res Innov* 2017; 11(8):493-498.
- Wang EA, Redmond N, Dennison Himmelfarb CR, Pettit B, Stern M, Chen J, Shero S, Iturriaga E, Sorlie P, Diez Roux AV. Cardiovascular disease in incarcerated populations. *J Am Coll Cardiol* 2017; 69(24):2967-2976.
- Silverman-Retana O, Lopez-Ridaura R, Servan-Mori E, Bautista-Arredondo S, Bertozzi SM. Cross-Sectional association between length of incarceration and selected risk factors for non-communicable chronic diseases in two male prisons of Mexico City. *Plos One* 2015; 10(9):e0138063.
- Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *Lancet* 2012; 379(9830):1975-1982.
- Ritter C, Stöver H, Levy M, Etter JF, Elger B. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J Public Health Policy* 2011; 32(1):32-45.
- Bautista-Arredondo S, González A, Servan-Mori E, Beynon F, Juárez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, Gras N, Sierra-Madero J, Lopez-Ridaura R, Volkow P, Bertozzi SM. A cross-sectional study of prisoners in Mexico City comparing prevalence of transmissible infections and chronic diseases with that in the general population. *Plos One* 2015; 10(7):e0131718.
- MacAskill S, Parkes T, Brooks O, Graham L, MacAuley A, Brown A. Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than na' aye or noquestion. *BMC Public Health* 2011; 11:865.
- Hannan-Nones M, Capra S. Prevalence of diet-related risk factors for chronic disease in male prisoners in a high secure prison. *Eur J Clin Nutr* 2016; 70(2):212-216.
- Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, Blanco-Quiroga A, Armenteros-López B, Garcés-Pina E, GESESP (Grupo de Enfermería Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria). Prevalence of chronic diseases and risk factors among the Spanish prison population. *Rev Esp Sanid Penit* 2014; 16(2):38-47.
- Barsaglini R. Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis* 2016; 26(4):1429-1439.
- Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *Am J Public Health* 2010; 100(3):476-482.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(Supl. 1):1-51.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Struijker Boudier HA, Zanchetti A, Vahanian A, Camm J, De Caterina R, Dean V, Dickstein K, Filippatos G, Funck-Brentano C, Hellems I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL, Kjeldsen SE, Erdine S, Narkiewicz K, Kiowski W, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Cifkova R, Dominiczak A, Fagard R, Heagerty AM, Laurent S, Lindholm LH, Mancia G, Manolis A, Nilsson PM, Redon J, Schmieder RE, Struijker-Boudier HA, Viigimaa M, Filippatos G, Adamopoulos S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Bertomeu V, Clement D, Erdine S, Farsang C, Gaita D, Kiowski W, Lip G, Mallion JM, Manolis AJ, Nilsson PM, O'Brien E, Ponikowski P, Redon J, Ruschitzka F, Tamargo J, van Zwieten P, Viigimaa M, Waeber B, Williams B, Zamorano JL, The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension, The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J* 2018; (3933):3021-3104.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015*. Brasília: MS; 2016.
- Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ASM. Alcohol use disorder identification test (AUDIT): exploring its psychometric parameters. *J Bras Psiquiatr* 2012; 61(3):117-123.

22. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saude Publica* 2009; 25(1):214-222.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2012; 13 dez.
24. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri OS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(2):297-304.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
26. Harner HM, Riley S. Factors Contributing to poor physical health in incarcerated women. *J Health Care Poor Underserved* 2013; 24(2):788-801.
27. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 1):11s.
28. Fox CS, Pencina MJ, Wilson PWF, Paynter NP, Vasan RS, D'Agostino Sr RB. Lifetime risk of cardiovascular disease among individuals with and without diabetes stratified by obesity status in the Framingham heart Study. *Diabetes Care* 2008; 31(8):1582-1584.
29. Landsberg L, Aronne LJ, Beilin LJ, Burke V, Igel LI, Lloyd-Jones D, Sowers J. Obesity-related hypertension: pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment: a position paper of the obesity society and the american society of hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2013; 15(1):14-33.
30. Ferreira RAB, Benício MHD. Obesity in Brazilian women: association with parity and socioeconomic status. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37(4-5):337-342.
31. Smoyer AB, Blankenship KM. Dealing food: female drug users' narratives about food in a prison place and implications for their health. *Int J Drug Policy* 2014; 25(3):562-568.
32. Agyemang P, Powell-Wiley TM. Obesity and black women: special considerations related to genesis and therapeutic approaches. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 2013; 7(5):378-386.
33. Jackson CL, Wang N, Yeh H, Szklo M, Dray-Spira R, Brancati FL. Body-mass index and mortality risk in US blacks compared to whites. *Obesity (Silver Spring)* 2014; 22(3):842-851.
34. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3755-3768.
35. Lin SX, Carnethon M, Szklo M, Bertoni A. Racial/ethnic differences in the association of triglycerides with other metabolic syndrome components: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Metab Syndr Relat Disord* 2011; 9(1):35-40.
36. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 1, de 9 de março de 2009; 2009. [acessado 2020 out 23]. Disponível em: <https://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2009/resolucao1de09de-marcode2009.pdf>
37. Mansoor M, Perwez SK, Swamy TNVR, Ramaseshan H. A critical review on role of prison environment on stress and psychiatric problems among prisoners. *Mediterr J Social Sci* 2015; 6(1S1):218-223.
38. Rudnicki D, Neubuser MA. Direitos humanos e superlotação no presídio feminino de Porto Alegre. *Rev Direito Estado Sociedade* 2016; 7(2):515-538.
39. Ferreira MJM, Macena RHM, Mota RMS, Pires RDJ Neto, Silva AMCD, Vieira LJES, Kendall BC, Kerr LRFS. Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2989-3002.
40. Cabanillas OB. Conductas violentas y hacinamiento carcelario. *Desarrollo y Sociedad* 2012; 69:33-71.
41. Jornal Jurid. Reforma na lei de execução penal é aprovada no senado [Internet]. [acesso 2018 fev 26]. Disponível em: <http://www.jornaljurid.com.br/noticias/reforma-na-lei-de-execucao-penal-e-aprovada-no-senado>
42. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.
43. Khavjou OA, Clarke J, Hofeldt RM, Lihs P, Loo RK, Prabhu M, Schmidt N, Stockmyer CK, Will JC. A captive audience: bringing the WISEWOMAN program to South Dakota prisoners. *Womens Health Issues* 2007; 17(4):193-201.

Artigo apresentado em 17/02/2022

Aprovado em 24/08/2022

Versão final apresentada em 26/08/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva